

## ГИПЕРТРОФИЯ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ АЛЛЕРГОЗАМИ

Бизунков А.Б., Медведев М.Н.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»

**Введение.** Наиболее частой причиной стойкого затруднения носового дыхания у городских детей, является сочетание дыхательных аллергозов с увеличением глоточной миндалины [3]. Это обуславливает широкое использование аденотомии в лечении данного контингента больных. Аденотомия традиционно считается одной из наиболее простых и распространенных операций. В то же время, по данным С.-Петербургского НИИ ЛОР, при изучении отдаленных результатов аденотомии у 1000 пациентов только в 54,7% наблюдений был отмечен положительный эффект, у 15,6% обнаружен рецидив аденоидов, а у 29,7% причиной стойкого затруднения носового дыхания являлся риносинусит [2]. Можно предполагать, что на эффективность аденотомии оказывает определенное влияние и наличие сопутствующих дыхательных аллергозов.

**Цель работы.** Изучить распространенность аллергических изменений в глоточных миндалинах, удаленных при аденотомии.

**Материалы и методы.** Исследования проведены у 49 детей, перенесших аденотомию по поводу гипертрофии глоточной миндалины II-III степени, сопровождающейся стойким затруднением носового дыхания, частыми простудными заболеваниями, явлениями дисфункции слуховой трубы. Возраст детей – 6-10 лет, мальчиков было 26, девочек – 23. Обследуемые пациенты были разделены на две группы. Первую составили 18 детей с подтвержденными аллергическими заболеваниями респираторного тракта или с отягощенным аллергоанамнезом. У 5 из них был установлен диагноз бронхиальной астмы, у 7 детей отмечались признаки сопутствующего аллергического ринита, 6 пациентов с отягощенным анамнезом неоднократно обследовались у аллерголога по поводу подозрений на респираторную аллергию, но на момент обследования были получены отрицательные результаты. Во вторую группу был включен 21 ребенок, у кого при объективном осмотре и изучении анамнеза склонность к аллергозам не была установлена. Аденотомия выполнялась по традиционной методике. Операционный материал (удаленные фрагменты аденоидной ткани) был подвергнут гистологическому исследованию. Гистологические препараты окрашивались гематоксилин-эозином по общепринятой методике.

**Результаты.** При передней риноскопии установлено, что слизистая оболочка носа бледно-розовая у 7 детей, с синюшным оттенком – у 42 обследуемых; признаки отека и инфильтрации отмечались у 23 пациентов. При эндоскопическом исследовании носоглотки жестким эндоскопом “Karl Storz” с оптикой 0° и 30° установлено увеличение глоточной миндалины II степени у 18 детей и III степени – у 31 обследуемого. У всех больных слизистая оболочка глоточной миндалины розовая, продольные борозды на ее поверхности сглажены (признак отека миндалины) в первой группе у 66,6 %, во второй группе – у 38,1 % пациентов. Слизистый секрет в количестве от небольшого до умеренного на

поверхности глоточной миндалины отмечается в первой группе у 77,8 % обследуемых, во второй – у 33,3 % пациентов.

При гистологическом исследовании препаратов глоточной миндалины у пациентов без признаков и подозрений на респираторную аллергию (n=21) установлено: что изменения отмечались как в поверхностном эпителии, так и в лимфоидной ткани. Наиболее часто наблюдалась метаплазия поверхностного многоядного мерцательного эпителия в многослойный плоский неороговевающий, в трех случаях (14,3 %) имела место бокаловидно-клеточная гиперплазия В 12 случаях (57,1 %) выявлялась лимфоцитарная инфильтрация эпителиального пласта. В 4 случаях (19,0 %) отмечалась инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами – признак стойкого воспалительного процесса. В глоточной миндалине наблюдалась гиперплазия как лимфатических фолликулов, так и межфолликулярной лимфоидной ткани.

При исследовании глоточной миндалины у детей первой группы (n=18) метаплазия многоядного мерцательного эпителия в многослойный плоский неороговевающий отмечалась в 11 случаях (61,1 %). Обращает на себя внимание значительное увеличение в слизистой оболочке миндалины количества бокаловидных клеток – бокаловидноклеточная гиперплазия наблюдалась в 15 случаях (83,3 %). Лимфоцитарная инфильтрация эпителиального пласта выявлена в 6 случаях (33,3 %), а нейтрофильноклеточная – у двоих больных (11,1 %), что, по-видимому, связано с наличием в ткани миндалины наряду с аллергизацией и воспалительного процесса. В то же время, если в миндалинах детей без признаков респираторной аллергии эозинофильные лейкоциты в инфильтрате были единичны, то в первой группе эозинофильноклеточная инфильтрация той или иной степени выраженности отмечалась в 17 случаях (94,4 %).

**Обсуждение.** Полученные данные показывают, что и при любых формах сопутствующих дыхательных аллергозов, и у больных с отягощенным аллергоанамнезом отмечаются однотипные изменения в гипертрофированной глоточной. Они представлены явлениями аллергического аденоидита с гиперплазией бокаловидных клеток и эозинофильно-клеточной инфильтрацией. Полагают, что активная роль слизистой оболочки полости носа в процессах инициации иммунных реакций обусловлена наличием ассоциированной с ней лимфоидной ткани (NALT) [5]. При этом отдельные исследователи высказывают мнение что глоточная миндалина тоже является частью этой системы [4]. В настоящее время механизмы, обеспечивающие общность патогенеза изменений, наблюдаемых в полости носа, в бронхальном дереве и в глоточной миндалине у аллергокомпрометированных детей неизвестны. Поэтому тактика лечения детей с аденотонзиллярной гипертрофией основана, преимущественно, на эмпирических подходах и зависит от индивидуальных предпочтений врача. Тем не менее, установлено, что удаление аденоидных вегетаций при наличии морфологических признаков их аллергического воспаления негативно отражается на дальнейшем клиническом течении аллергоза у оперированного ребенка [1].

**Выводы.** У пациентов с дыхательными аллергозами увеличение глоточной миндалины может являться частью общей клинической картины болезни. Это обуславливает необходимость ограничения показаний к тотальной аденотомии у данного контингента пациентов, необходимость внедрения щадящих органосохраняющих оперативных вмешательств на глоточной миндалине под

эндоскопическим контролем, разработки эффективных способов предоперационной и послеоперационной консервативной терапии.

Литература:

1. Круговская, Н. Л. Элиминационная терапия при аллергическом аденоидите у детей / Н.Л. Круговская, М.Р. Богомильский // Вестн. оторинолар. - 2008. - №3. - С. 32-34.
2. Мельников, М.Н. Эндоскопическая шейверная аденоидэктомия / М.Н. Мельников, А.С. Соколов // Росс. ринол. - 2000. - №3. - С. 5-9.
3. Etiology, clinical manifestations and concurrent findings in mouth-breathing children / R. Abreu, R. Rocha, J. Lamounier, A. Guerra // J. Pediatr. (Rio J.) - 2008 - Vol 84(6). - P. 529-535.
4. Fujimura, Y. Evidence of M cells as portals of entry for antigens in the nasopharyngeal lymphoid tissue in human / Y. Fujimura // Virchows Arch. - 2000. - Vol 436. - 560-566
5. Nasal-associated lymphoid tissue (NALT): frequency and localization in young children / A. Debertin [et al.] // Clin. Exp. Immunol. - 2003 - Vol. 134 (3) - P. 503-507